

Le projet Accès : une expérience montréalaise en cours

Louise Bérubé et Johanne Fillion

Volume 17, numéro 1, printemps 1992

Sida et santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/502065ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/502065ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Bérubé, L. & Fillion, J. (1992). Le projet Accès : une expérience montréalaise en cours. *Santé mentale au Québec*, 17(1), 317–320. <https://doi.org/10.7202/502065ar>

Le projet accès¹: une expérience montréalaise en cours

Le ministre de Santé et Bien-être social Canada présentait en juin 1990 une composante de la stratégie nationale de lutte contre le sida qui consiste à expérimenter un modèle de soins et de services palliatifs intégrés, dans deux villes canadiennes soit Montréal et Edmonton. Le projet Accès constitue le modèle d'expérimentation montréalais.

Cette proposition a été développée par le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS), et le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé de l'Université de Montréal (GRIS) est responsable de l'évaluation du projet.

S'appuyant sur les valeurs fondamentales développées dans le rapport *Au nom des nôtres*¹, le projet Accès vise à faciliter l'accès des personnes aux prises avec le VIH/Sida et de leurs proches aux soins et aux services palliatifs. Il s'agit de favoriser la continuité des services et de mieux les adapter à la situation des usagers en tenant compte de la variation des besoins — selon la phase de l'infection — et des conditions individuelles de vie.

Éléments théoriques

Dans la situation actuelle, les personnes aux prises avec le VIH/Sida, les intervenants, les proches et leur entourage, les organismes communautaires et les établissements ont développé des visions et des comportements particuliers qui déterminent les enjeux globaux autour desquels leur action s'articule. Dans cette perspective, la logique d'action de chacun (quoi faire, pourquoi le faire, comment et quand le faire) détermine si les buts sont atteints. Aider les personnes à harmoniser leur rationalité permettra de construire une vision globale de l'action et de définir de nouvelles finalités.

Afin d'harmoniser les visions et les comportements des personnes, le projet Accès agira à trois niveaux: la formation, les transformations structurelles et les mécanismes de régulation. La simultanéité et la concomitance des actions menées à ces trois niveaux donnent au modèle Accès sa spécificité.

Les questions d'évaluation se calquent essentiellement aux conditions d'implantation du projet Accès et aux impacts produits par le projet eu égard au processus de soins et de services palliatifs. Enfin, un aspect de l'évaluation concerne la question des coûts/bénéfices d'une approche plus globale.

La formation

L'intervention sur les structures n'a jamais suffi à elle seule à transformer réellement les actions d'un système. De la même manière, tout effort de formation et d'intégration d'une vision et d'une pratique nouvelle est voué à l'échec sans un soutien structurel adéquat. À cet effet, un programme de formation a été mis sur pied afin d'aider les intervenants à développer une vision globale et novatrice de l'action. L'approche plans de services individualisés (PSI) sera utilisée afin de mieux coordonner l'ensemble des activités des intervenant/es. D'autre part, afin de répondre au souhait des personnes aux prises avec le VIH/Sida de demeurer dignement dans leur milieu de vie, une formation technique visera également à baliser les nombreux gestes médicaux et infirmiers qui doivent être adaptés au milieu de vie de chacun. Finalement, les intervenants pourront s'impliquer davantage dans les processus décisionnels; ce qui contribuera à consolider les équipes d'intervention, à améliorer le processus de résolution de problèmes et à faciliter la découverte de moyens novateurs de répondre aux besoins.

En regard de l'évaluation, les éléments de la formation qui seront évalués spécifiquement sont le plan de services individualisés, l'homophobie, ainsi que la question des soins palliatifs. La collecte de données se fait par un pré-test/post-test; les intervenant/es répondent à un ques-

tionnaire construit autour des trois thèmes ci-haut mentionnés avant les sessions de formation et ils auront à compléter le même questionnaire ultérieurement. L'étude comparative des réponses nous permettra d'en mesurer l'impact.

Les transformations structurelles

Les transformations structurelles apparaîtront en même temps que la formation. Elles permettront aux personnes d'expérimenter concrètement les nouveaux instruments contenus dans la formation. La personne qui tente de mettre en pratique une nouvelle façon de faire est souvent frustrée devant le manque d'ouverture et le peu d'espace structurel qui lui sont offerts. Dans ces circonstances, elle peut avoir tendance à se replier sur des stratégies connues et à porter un jugement définitif sur les capacités de changement du système. C'est afin d'éviter cet écueil qui retarde le processus de changement que le modèle Accès envisage la formation et les transformations structurelles comme des éléments indissociables.

Ces changements structurels respectent la mission des établissements et des organismes. La complexité et la diversité des besoins des personnes séropositives ou sidéennes motivent l'utilisation d'une démarche de coordination de plans de services individualisés. Les coordonnateurs de plan de services identifieront des lacunes dans le système de distribution de soins et de services. Or, pour combler ces dernières, une action directe sera requise afin que les acteurs clés développent soit de nouvelles ressources soit de nouvelles manières de recourir aux ressources existantes; ce sera une des fonctions dévolues à la table sous-régionale.

Cette dernière favorisera la mise en place de processus pour aider les établissements et les organismes à programmer et à coordonner leurs services et à conclure des ententes à cet effet.

Ces changements structurels devraient amener à leur tour des modifications dans le processus de soins et de services palliatifs et ceux-ci seront étudiés dans les questions d'évaluation. C'est le volet d'analyse des effets produits par le projet Accès; effets que nous subdivisons, pour les besoins de l'analyse, en deux volets: d'une part, les effets induits à court terme sur le processus de soins, et d'autre part les effets à moyen terme influençant les personnes atteintes, leurs proches et les intervenants.

Les indicateurs retenus pour mesurer les effets dans le processus de soins sont des changements par rapport à: l'accessibilité, la continuité, la globalité et la disponibilité des soins.

Par ailleurs, les changements apportés dans le processus de soins devrait provoquer des effets bénéfiques chez les bénéficiaires, leurs proches et les intervenantes/ants. Ces effets devraient se traduire, chez les personnes atteintes, par une qualité de vie meilleure, une satisfaction plus grande, et un état de santé psychologique amélioré. À ces éléments devraient s'ajouter une qualité de vie meilleure pour les proches. Enfin, les intervenantes/ants, devraient ressentir une satisfaction plus grande à l'égard des soins et des services qu'elles/ils dispensent.

La collecte de données se fera par questionnaires (pré-test/post-test) auprès des trois groupes impliqués et les questions seront construites autour des dimensions pré-citées. Ces questionnaires représentent, en somme, une étude de terrain exhaustive — dans ces dimensions qualitatives et quantitatives — des conditions de vie des personnes atteintes et de leurs proches. Le questionnaire pour les intervenant/es touche plus strictement le processus de soins et les nouvelles façons de faire que le projet Accès devrait introduire dans la dynamique des organismes impliqués.

Ajoutons pour conclure que le projet Accès est en cours d'implantation actuellement. Les activités de formation sont commencées, la première table sous-régionale a eu lieu et les premiers plans de services individualisés s'élaborent progressivement.

NOTE

1. L'équipe de réalisation du projet Accès compte, en plus de Johanne Fillion, Céline Germain, coordonnatrice du projet; Christian Paquin et René Lavoie, agents de liaison; Francine Dallaire, secrétaire; Danielle Valiquette, attachée d'administration. En plus de Louise Bérubé, l'équipe d'évaluation du GRIS se compose de trois chercheurs: il s'agit de François Champagne, Raynald Pineault et Jean-Louis Denis; Johanne Mongrain, assistante de recherche, complète l'équipe.

RÉFÉRENCE

Santé et Bien-être social Canada, *Au nom des nôtres*, Rapport du groupe de travail expert sur les soins palliatifs intégrés à l'intention des personnes atteintes du Sida présenté à Santé et Bien-être social Canada, Centre fédéral sur le Sida, Ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa, 1989.

Louise Bérubé, agente de recherche et coordonne l'équipe
d'évaluation du projet Accès au Groupe de recherche
interdisciplinaire en santé (GRIS)

Johanne Fillion, responsable de la formation et de la recherche du
projet Accès.